Medical Library

Aus dem Strahlen-Institut (Professor Dr. Fr. Voltz)
der Universitäts-Frauenklinik in München.
(Vorstand: Professor Dr. H. Eymer).

STANFORD UNIVERSITY
JUN
20
1938
LIBRARY

Über die Vorgeschichte bestrahlter Vulvacarcinome

Aus dem Krankengut des Strahleninstituts
der Universitäts-Frauenklinik in München

Inaugural-Dissertation

zur
Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Hans Kleindienst
aus Reisensburg.

1938

Pilger-Druckerei G. m. b. H., Speyer a. Rh.

Referent: Professor Dr. H. Eymer

Derz. Dekan: Professor Dr. H. Kürten

Meinen lieben Eltern!

Seit Jahrzehnten beschäftigt sich die ganze medizinische und naturwissenschaftliche Welt fieberhaft mit der Lösung der Krebsfrage. Aber sie ist immer noch, besonders vom ätiologischen Gesichtspunkt aus betrachtet, das große Rätsel. Kleinarbeit muß hier geleistet werden, durch die man diesem Schreckgespenst vielleicht doch etwas näher kommen oder zum mindesten eine kleine Besserung der Verhältnisse erzielen kann. Besonders beim Carcinom ist zur Einleitung einer wirksamen Therapie die möglichst frühzeitige Erfassung der Krankheit sehr wichtig, die Frage also nach der Vorgeschichte ebenso interessant.

Die folgende Abhandlung greift eine kleine Gruppe der Krebserkrankungen, die Vulvacarcinome, aus dem in dieser Hinsicht sehr reichhaltigen Krankengut des Strahleninstituts der Universitäts-Frauenklinik München heraus und befaßt sich vor allem mit der Vorgeschichte, man könnte fast sagen, dem Schicksal der Erkrankten, bevor sie der einzig richtigen Therapie, der Strahlenbehandlung zugeführt wurden.

Zunächst einige allgemeine Betrachtungen über das Vulvacarcinom.

Früher wurde diese Erkrankung als ziemlich selten kasuistisch mitgeteilt, erst in letzter Zeit auffallend häufiger. Wahrscheinlich ist diese Tatsache durch die allmählich bessere ärztliche Versorgung und weniger mit einer objektiven Häufung zu erklären.

Wenn nach anderen Statistiken das Vulvacarcinom unter den weiblichen Genitalcarcinomen 1 bis 5,6 Prozent, zum Beispiel nach Seitz (Hamburg 1937) bei 59 Fällen 2,4 Prozent der gynaekologischen Carcinome beträgt, so ergibt sich bei den über 3555 Genitalcarcinomen des hiesigen Instituts (nach einer Zusammenstellung aus den Jahren 1913—1930, Dissertation Slotty, München 1937) eine Häufigkeit von 1,9 Prozent.

Das Alter der Patientinnen schwankt bei unserem Material von 31 bis 88 Jahren und betrifft meist das 6. und 7. Jahrzehnt. Wenn Labhart und Mattmüller für die Erkrankung in den ersten Erscheinungen ein Durchschnittsalter von 57,7, Eichenberg 58,8 finden, so stimmt dies mit unserer Feststellung von 58,3 Jahren ungefähr überein. Als Extreme sind bis jetzt mitgeteilt nach Ruprecht 53,3, nach Seitz 62 Jahre. In der gan-

gen Weltliteratur finden sich ungefähr 25 Fälle von Erkrankungen unter 40 Jahren. Kövesligethy (Ungarn) weiß sogar von einem Fall bei einer 22-jährigen Patientin zu berichten.

Der makroskopische Befund ergibt meist einen primär glatten, glanzlosen, circumskripten soliden Tumor von derber Konsistenz, ungefähr walnuß- bis hühnereigroß. Sein späteres Stadium zeichnet sich durch Erosion, Ulceration und oberflächlichen Zerfall bis zur Kraterbildung mit höckerigem, knolligem, mißfarbenem Grund aus. Weniger oft treffen wir die primär ulceröse Form mit ihrem scharfen, wallartigen, unregelmäßig gestalteten Rand und höckerigen, schmierigen Grund. Seltener ist die knotig infiltrierende Form und das Blumenkohlcarcinom.

Die primäre Lokalisation des Vulvacarcinom kann meist nur am Anfang erkannt werden, da später die befallenen Teile so verwachsen und verbildet sind, daß sich ein klarer Ausgangspunkt kaum mehr feststellen läßt.

Am häufigsten, man kann sagen, fast zur Hälfte der Fälle, sind die großen Labien primärer Sitz des Carcinoms, dann folgen mit ungefähr 20 Prozent die kleinen Labien, mit 15 Prozent die Clitoris und mit ungefähr 5 Prozent die Bartholinische Drüse.

Wir wollen in dieser Abhandlung auch das Urethralcarcinom an der Ausmündungsstelle der Harnröhre zu den Vulvacarcinomen im weiteren Sinne rechnen; denn ersteres läßt sich, besonders im reiferen Stadium, und in der Form des sogen. Vulvourethralcarcinoms makroskopisch kaum und mikroskopisch oft schwer von dem eigentlichen Vulvacarcinom trennen.

Über die Ätiologie des Vulvacarcinoms wissen wir natürlich ebenso wenig Bestimmtes, wie über die Ätiologie des Carcinoms überhaupt, wenn man auch manchmal geneigt ist, z. B. Traumen oder länger bestehenden Pruritus zu beschuldigen.

Histologisch unterscheiden wir beim Vulvacarcinom zwei Gruppen. Vor allem das von der Haut oder Schleimhaut ausgehende Plattenepithelcarcinom in seinen verschiedenen Reifegraden. Manchmal ergibt das histologische Bild ein Plattenepithelcarcinom + Adenocarcinom, eine Mischform, wie sie fast nur bei den Vulvo-urethralcarcinomen vorkommt. Was hier primär oder sekundär ist, kann nicht mehr festgestellt werden.

Die Symptome dieses Vulvo-urethralcarcinoms sind je nach seiner papillären, ulcerierenden oder infiltrierenden Form verschiedenartig, äußern sich aber meist in Schmerzen und Blutungen spontan oder beim Wasserlassen. Oft sind aber Blutungen das erste und lange Zeit einzige Symptom und können leicht den Verdacht einer aty-

pischen Menstruation erwecken. Zur richtigen Diagnose ist also bei derartigen Klagen eine genaue inspektorische Untersuchung nötig, die dann eine grob papilläre tumorale, eine mit dick aufgeworfenen Rändern leicht blutende, ulcerierende oder eine derbe, diffus infiltrierende Form mit mantelartiger Entwicklung um die Harnröhrenmündung entdeckt. Im späteren Stadium kommt ein eigenartiger Geruch mit jauchendem Zerfall hinzu. Außerdem soll eine genaue palpatorische Untersuchung von der Vagina aus und möglichst auch eine Urethro- und Cystoskopie zur Unterscheidung von dem echten Urethralcarcinom, das meist dick anschwellend gegen die Blase zu wächst, vorgenommen werden.

Differentialdiagnostisch kommt ein luetisches oder tuberkulöses Geschwür in Frage.

Das Carcinom der Bartholinischen Drüse, als Adenocarcinom vom Drüsenkörper oder als Cylinderzellencarcinom von den Drüsenausführungsgängen stammend, ist zwar selten; man soll aber bei dem Befund eines rundlichen, walnuß- bis hühnereigroßen, elastisch weichen bis harten Tumor im hinteren Teil der großen Labien doch daran denken, daß hinter solchen „Abszessen und Cysten" der Drüse auch einmal ein Carcinom stecken kann.

Die Ausbreitung des Vulvacarcinoms erfolgt in verschiedenstem Tempo und nach verschiedenen Richtungen. Meist wird die benachbarte Haut und Schleimhaut des äußeren Genitale in Mitleidenschaft gezogen; seltener ist das kontinuierliche Wachstum in die Hohlorgane (Vagina, Rectum, Urethra, Vesica urinaria), noch seltener der Übergang auf das paravaginale und paramentrane Gebiet. Ganz gewöhnlich ist dagegen das Übergreifen des Carcinoms auf das Periost des Schambeins, wobei es dann meist nicht mehr gegen den Knochen verschieblich ist. Inquinaldrüsenmetastasen sind dabei aber soviel wie immer vorhanden.

Überhaupt ist eine regionäre Lymphdrüsenmetastasierung in die oberflächlich oder tiefer gelegenen Drüsen im allgemeinen frühzeitig wahrzunehmen. Dabei können die tiefer gelegenen Drüsen auch allein und vor den oberflächlichen Drüsen erkranken. Die gekreuzte Metastasierung auf die regionären Lymphdrüsen kann fast als Regel angesehen werden.

Die haematogene Aussaat trifft am häufigsten Leber, Lunge und Milz; erfolgt sie örtlich entlang der Venen, so sind oft große Zerstörungen am Damm, Anus und Rectum wahrzunehmen, auch ohne daß Körpermetastasen vorhanden sind.

Endlich seien noch die wichtigsten Symptome bei dem Vulvacarcinom erwähnt.

Die Carcinomgeschwulst ist im Anfang klein und unscheinbar und wird von den Kranken meist als „Knötchen", „Verhärtung", „Warze", „kleine Wunde" bezeichnet. Jucken in jeder Intensität stellt sich bei einem großen Teil der Befallenen ein, besonders bei Erkrankung der nervenreichen Clitoris und kleinen Labien. Dann kann Pruritus entweder primär oder als erstes Zeichen, d. h. Folgesymptom, vorhanden sein.

Was den Schmerz betrifft, so ist dieser anfangs eine Zeit lang oft auffallend gering.

Häufig bildet die Ulceration mit brennend juckendem Schmerz durch Benetzen besonders beim Wasserlassen, bei Abwaschungen, durch Ausfluß oder Blutung eines der ersten Symptome. Blutungen treten erst nach der Ulceration, also ziemlich spät in Erscheinung. Bei größeren Tumoren führt oft erst die Behinderung beim Gehen oder Sitzen die Patientin zum Arzt.

Besonders beim Vulvo-urethralcarcinom kann die Harnentleerung behindert sein. Kreuzschmerzen und Schmerzen an der Hinterseite der Oberschenkel weisen auf eine Ausbreitung entlang der perineuralen Lymphscheiden, der Nervi sacrales, hin. Die Schwellung der Leistendrüsen macht, auch wenn sie sehr groß ist, meist keine Erscheinungen. Endlich kann die Schwellung der Beine infolge einer Kompression der Vena saphena magna durch einen Tumor auf ein Vulvacarcinom aufmerksam machen.

Der Verlauf des Vulvacarcinoms ist sehr verschiedenartig und es herrscht hier keine Gesetzmäßigkeit. Sein Wachstum ist im allgemeinen nie so schnell wie das des Uteruscarcinoms. Erfahrungsgemäß ist jedoch die Prognose in dieser Hinsicht bei Jugendlichen, Schwangeren und nicht genügend radikal Operierten mit besonderer Vorsicht zu stellen. Der Verlauf ist sicher auch von der primären Lokalisation beeinflußt und es ist durchaus verständlich, wenn Clitoris- oder Urethralcarcinome wegen ihres benachbarten Blut- und Lymphgefäßreichtums sehr viel leichter bösartig werden können, wie ein abgekapseltes Carcinom der Bartholinischen Drüse.

Die Durchschnittszeit, die eine erkrankte, nicht behandelte Frau noch erleben kann, ist von Björkwist auf 15 bis 16 Monate angegeben worden.

Der Tod erfolgt, sofern nicht andere intercurrente Erkrankungen dazwischen kommen, durch Metastasen oder Krebskachexie, durch aufsteigende Infektion der Harnwege oder durch chronische Sepsis, die sich an die Ulceration des Carcinoms anschließt.

Die Diagnose des Vulvacarcinoms ist nach dem geschilderten makroskopischen Befund und Symptomen nicht schwierig. Über-

aus wichtig ist und bleibt aber die möglichst frühzeitige mikroskopische Feststellung, ob Carcinom und welcher Reifegrad, also eine Probeexcision mit anschließender Verschorfung. Zur Einsendung genügen auch vorhandene Zerfallsbröckel, sodaß sich dadurch ein Eingriff mit Messer oder Schere erübrigt.

Differentialdiagnostisch kommt neben einem Ulcus molle oder einem Ulcus gonorrh. chron. besonders das tuberkulöse und vor allem luische Ulcus (II. und III. Stadium) in Betracht. Die nicht seltene Verwechslung mit letzterem kam auch bei unserem Material einigemale vor. Durch Spirochaetennachweis und Wassermann-Reaktion einerseits und den histologischen Befund andererseits ist ja heute diese Frage leicht zu klären.

Über die Therapie des Vulvacarcinoms waren die Ansichten früher sehr geteilt, ob Operation oder Bestrahlung. Hier ist nicht der Platz diese Frage aufzuwerfen und näher zu beleuchten. Es seien die Ansichten zweier gewiß maßgebender Persönlichkeiten auf diesem Gebiet angeführt: So ist Kehrer der Überzeugung: „Über die Bestrahlung des Vulvacarcinoms verfügen wir nun über eine Erfahrung aus zwei Jahrzehnten. Heilungen dürften umso mehr erwartet werden, als hier meist Oberflächencarcinome und zwar die meist radiosensiblen Plattenepithelcarcinome und nicht tiefliegende Drüsencarcinome, wie am Uterus, im Rectum usw., vorliegen.“ Voltz, der seit über 25 Jahren das Krankengut des hiesigen Strahlen-Institutes überblickt, sagt im Vorwort zu seinem Buch „Die Strahlenbehandlung des weiblichen Genitalcarcinoms, Methoden und Ergebnisse“: „Möge das Buch seinen Weg finden und dazu beitragen, das Wort A. Döderleins: Die Radikaloperation des Uteruscarcinoms ist nicht mehr zeitgemäß, auch an den Stellen wahr werden lassen, die der ausschließlichen Strahlenbehandlung des weiblichen Genitalcarcinoms heute noch fernstehen.“

II.

Über die Therapie dürften also nach dem heutigen Stand der wissenschaftlichen Erfahrungen kaum noch Zweifel bestehen. Voraussetzung aber eines befriedigenden therapeutischen Erfolges und deshalb äußerst wichtig ist, wie immer betont werden muß, die möglichst frühzeitige Erfassung und richtige Diagnose der Erkrankung.

Im folgenden will ich nun auf all die fördernden und besonders hemmenden Umstände bei den an Vulvacarcinom Erkrankten

näher eingehen, die der Einweisung ins Strahleninstitut vorausgingen, kurz auf die Vorgeschichte, die ja fast gleich Schicksal der Erkrankten bedeutet.

Man sollte glauben, daß das oberflächlich gelegene Vulvacarcinom doch meist sehr frühzeitig entdeckt, einwandfrei diagnostiziert und dann einer dankbaren Therapie zugeleitet wird. Daß und warum dies aber leider in den meisten Fällen nicht so ist, mag ebenso interessant wie für die Zukunft etwas lehrreich sein.

Die „Schuld" oder Ursache kann liegen:

1. im Wesen des Vulvacarcinoms selbst,
2. bei den Erkrankten,
3. beim zugezogenen Arzt.

Andere außerhalb liegende Umstände oder Personen spielen bei unserem Material kaum mit.

Das Vulvacarcinom selbst zeigt ein sehr unberechenbares und oft recht tückisches Verhalten. Es beginnt meist als unscheinbares, harmloses Knötchen oder Wärzchen, das in diesem Stadium leider sehr selten irgendwelche Beschwerden macht und so, besonders von weniger achtsamen und empfindlichen Trägerinnen nicht immer gleich bemerkt wird. Es kann sehr junge wie die ältesten Frauen heimsuchen. In unseren 88 Fällen zeigt sich folgendes Bild:

Frauen von 30—40 Jahren:	5	=	5,8%
40—50 „	15	=	16,9%
50—60 „	16	=	18,2%
60—70 „	33	=	37,5%
70—80 „	15	=	16,9%
80—90 „	4	=	4,7%

Über ein Viertel der Fälle treffen also auf Frauen unter 50 Jahren, ebenso viel auf Frauen über 70 Jahren, ungefähr die Hälfte auf Frauen zwischen 50 und 70 Jahren; dies entspricht auch einem Durchschnittsalter der Erkrankung in ihren Anfangserscheinungen von 58,3 Jahren.

Eine der folgenschwersten Tatsachen ist aber, daß das Carcinom anfangs soviel wie keine Beschwerden verursacht; so kommt es, daß kaum 3 Prozent der Erkrankten wegen dieses Knötchens allein den Arzt aufsuchen.

Es mag in diesem Zusammenhang überhaupt interessant sein, welche Hauptbeweggründe oder vielmehr Symptome die Frauen in die ärztliche Sprechstunde führten:

1. das Knötchen allein	3
2. rasches Wachstum und Größe des Tumors	11
3. Blutungen	30
4. Schmerzen	22
5. Blutungen und Schmerzen	10
6. Schmerzen beim Wasserlassen	7
7. Geschwüriger Zerfall	5

Wir sehen daraus, daß — die Beschwerden beim Wasserlassen miteingerechnet — beinahe in 80 Prozent Blutungen und Schmerzen die zu ärztlicher Inanspruchnahme alarmierenden Symptome darstellen. Ferner können wir beobachten, daß bei Blutungen, ja nicht einmal bei geschwürigem Zerfall, immer Schmerzen vorhanden sein müssen. In den allerwenigsten Fällen beunruhigte die Patientin der solide Tumor, besonders sein rasches Wachstum und seine Größe allein.

Wenn aber in der großen Überzahl unseres Materials Blutungen und Schmerzen, ja geschwüriger Zerfall, die Hauptursachen für die ärztliche Konsultation bildeten, dann waren die Carcinome leider schon ziemlich, wenn nicht sehr weit fortgeschritten und der Therapie umso unzugänglicher.

Freilich ist auch der Verlauf des Vulvacarzinoms völlig gesetzlos. Die alte Tatsache, daß bei jungen Leuten ein Carcinom im allgemeinen rascher wächst und verheerendere Wirkung zeigt, gilt auch hier. Auch der Sitz des Carcinoms spielt eine Rolle; Clitoris- und Urethralcarcinome machen rascher Erscheinungen, wie das Carcinom der großen Schamlippe. Zum Beispiel die Anamnese eines Urethralcarcinoms:

> (Kr. Bl. Nr. 2592):
>
> Vor vier Wochen Verlust weniger Blutstropfen. Seit 3 Wochen heftiger Drang zum Wasserlassen, verbunden mit sehr starken krampfartigen Schmerzen.
>
> Dazu der Befund: Die ganze Harnröhre ist an ihrer Hinterwand nach links und hinten bis an das paravaginale Zellgewebe infiltriert. Die Infiltration erstreckt sich auch auf das praevesicale Bindegewebe, das am Knochen vollständig adhaerent ist.

Soweit war der Prozeß also in kaum 4 Wochen fortgeschritten. Andererseits fanden sich vom Vulvacarcinom 3 Fälle, deren Anfänge sicher über 10 Jahre zurückliegen.

Kr. Bl. Nr. 3004:

56-jährige Landwirtsfrau. Seit etwa 10—12 Jahren weiß Patientin von einem Gewächs, das anfangs sehr klein war. Seit 1 Jahr ist es stärker gewuchert. Sie hatte wenig Beschwerden und konnte immer arbeiten; seit 1—2 Jahren stärkerer gelblicher, zuweilen blutiger Ausfluß, jedoch nicht aus dem Uterus, sondern vom Geschwür.

Kr. Bl. Nr. 3337:

48-jährige Hilfsarbeitersfrau. Seit ungefähr 10 Jahren bemerkt Patientin am rechten Labium einen ungefähr zwetschgengroßen Tumor.

Kr. Bl. Nr. 5253:

42-jährige Frau. Patientin gibt an, vor etwa 10 Jahren zum ersten Mal am rechten Labium eine erbsengroße Geschwulst bemerkt zu haben. Vor 2 Jahren wurde sie allmählich größer und schmerzhafter.

Es ist nur zu begreiflich, wenn in derartigen Fällen, bei denen man vor ihrem plötzlichen Wildwerden fast von stationären Carcinomen sprechen kann, Frauen nicht ohne weiteres den Arzt um Rat fragen.

Zweifellos liegt also die Schuld, daß manche Fälle — es mögen ungefähr 10 Prozent sein — reichlich spät in ärztliche und klinische Behandlung gelangen, allein bei dem Vulvacarcinom mit seinem meist schleichenden harmlosen Beginn, seinen oft sehr spät einsetzenden besorgniserregenden Symptomen und seinem unberechenbaren bis stationären Verlauf.

Wie ist es nun mit dem Verhalten und der Einstellung der Frauen selbst zu ihrer Krankheit bestellt?

Wir dürfen wohl als selbstverständliche Voraussetzung annehmen, daß bei dieser Art von Erkrankung das weibliche Schamgefühl oft das Leiden solange wie möglich zu verbergen und verheimlichen sucht, auch vor dem Arzte. Ausdrücklich erwähnt ist diese Tatsache allerdings nur in einem Fall (Kr. Bl. Nr. 2505).

Kr. Bl. Nr. 2505:

Vor ¾ Jahren bemerkte die Patientin eine daumenlange und dicke Anschwellung an der rechten großen Schamlippe, die ständig an Größe zunahm und vor 3 Monaten aufbrach. Seit einem Monat hat Patientin Schmerzen im rechten Bein beim Gehen. Der einweisende Arzt schreibt: Hiemit überweise ich die Patientin M. H. aus Sch. Pat. ist 70 Jahre alt und leidet an einem fortgeschrittenen Vulvacarcinom mit ausgedehnten steinharten Metastasen. Patientin trat wegen ihres Leidens erst vor 8 Tagen zum ersten Mal in ärztliche Behandlung, angeblich aus Schamgefühl.

Obige Frau war zufällig aus der Landbevölkerung, bei der man gerne ein ausgeprägteres Schamgefühl annimmt, wie bei der aufge-

klärteren Stadtbevölkerung. Ausschlaggebend oder gar von maßgebendem Einfluß ist die glaubwürdige Annahme kaum, sonst würde dies schon zahlenmäßig zum Ausdruck kommen. Aber die Zahl der erkrankten Frauen aus der Landbevölkerung mit 45 Prozent hält mit dem 55 Prozent aus der Stadtbevölkerung ungefähr die Waage.

Gewiß hängt es auch von der Empfindlichkeit und Achtsamkeit der Frau auf ihren eigenen Körper ab, daß das Leiden rasch entdeckt und dann der ärztlichen Behandlung anvertraut wird. Daß letzteres in sehr vielen Fällen zu spät erfolgt, dafür scheinen mir aber auch andere Gründe maßgebend zu sein, die die Erkrankten wirklich nicht ganz unschuldig sprechen.

Am besten wird dies vielleicht beleuchtet, wenn wir, wie im folgenden, die Zeit ins Auge fassen, die die Kranken von den ersten Beobachtungen ihres Leidens bis zur Inanspruchnahme des Arztes oder der Klinik verstreichen ließen.

Sofort gingen zum Arzt	20
nach 1 Monat	6
nach 3 Monaten	9
nach 6 Monaten	24
nach 9 Monaten	8
nach 1 Jahr	10
nach 2 Jahren	6
nach 3 Jahren	2
nach über 5 Jahren	3

Daß ein solcher hoher Prozentsatz der Frauen, trotzdem sie von ihrer Krankheit — wenn auch selbstverständlich nicht von dem Ernst ihres Leidens — wußten, bis zur ärztlichen Beratung solange Zeit vergehen ließen und — wie an früherer Stelle schon erwähnt — zu 80 Prozent erst die alarmierenden Zeichen der Blutung, Schmerzen oder gar des geschwürigen Zerfalls abwarteten, das liegt bestimmt zum geringsten Teil in der Natur des Vulvacarcinoms oder dem Schamgefühl begründet — die Frauen kamen ja doch; das lag an den Frauen selbst, an ihrem laienhaften Optimismus, an der Unterschätzung des Leidens bis zum Leichtsinn.

Dies soll kein böswilliger Vorwurf gegen die bedauernswerten Kranken sein; sicherlich wäre jede Frau früher zum Arzt gegangen, wenn sie eine Ahnung gehabt hätte, daß so ein Leiden auch ein Krebsgeschwür sein könnte.

Wir können aus obiger Zusammenstellung auch den berechtigten Schluß ziehen, daß das Vulvacarcinom, das ja gar keine so große Seltenheit ist, der Frauenwelt noch viel zu unbekannt ist. Für uns Ärzte ergibt sich andererseits daraus die Folgerung, die notwendige Aufklärung in dieser Hinsicht im Auge zu behalten.

Die so übliche Einstellung der Frauen sollen einige Anamnesen lebendiger dartun.

Kr. Bl. Nr. 1162:

73-jährige Austräglersfrau. Vor 4 Monaten bemerkte Patientin, daß beim Gehen Schmerzen an der Vulva auftraten. Sie meinte, es würde sich ein Furunkel entwickeln. Erst als sie merkte, daß die Geschwulst immer größer wurde, ging sie zum Arzt, der sie sofort in die Klinik einwies. Diagnose: Primäres Vulvacarcinom.

Kr. Bl. Nr. 5889:

67-jährige Frau. Vor 2 Jahren bemerkte Patientin ein kleines, fingernagelgroßes Geschwür am äußeren Geschlechtsteil, das näßte und langsam größer wurde. Patientin glaubte, daß das Geschwür schon wieder abheilen würde. Erst vor zwei Tagen ging Patientin zum ersten Mal zum Arzt, der sie hierher überwies.

Ähnliche Fälle könnten in sehr großer Zahl angeführt werden.

Es ist begreiflich, wenn auch nicht immer verzeihlich, wenn den Frauen selbst als Laien in den meisten Fällen der Einwand, fast Vorwurf, nicht erspart werden kann, daß sie selbst eine nicht geringe Schuld trifft, daß ihrem Leiden nicht frühzeitiger und besser beizukommen war.

Jetzt zum Verhalten der Ärzte zu dem ihnen anvertrauten Krankengut an Vulvacarcinomen.

Abgesehen von 5 Frauen, die mit ihren Beschwerden direkt in die Klinik kamen, wurden sämtliche anderen von ihrem behandelnden Arzt eingewiesen. Wir sehen also schon daraus, wie wichtig die Erkenntnis des Leidens für jeden Arzt, nicht nur den Facharzt ist.

Nach kürzester Beobachtung oder sofort wurden mit richtiger Diagnose oder Verdacht auf ein Neoplasma 66% der Strahlenbehandlung überwiesen.

Das einzig richtige Vorgehen zeigt zum Beispiel folgender Arztbrief (Kr. Bl. Nr. 3536); 46-jährige Rektorsfrau.

„Frau M. E. kam vor 5 Tagen zu mir mit der Angabe, daß sie etwas geblutet habe. Die Untersuchung ergab eine kleine polypöse Wucherung am orificium ext. ureth. Die noch am selben

Tag vorgenommene Excision durch Herrn Oberarzt . . . , Leiter des Krankenhauses in S., ergab laut Mitteilung des Pathologischen Instituts in J.: Plattenepithelcarcinom mit starker Zellpolymorphie und zahlreichen Kernteilsfiguren. In Übereinstimmung mit Herrn F. habe ich der Patientin zur Radiumbehandlung geraten (evtl. kombiniert mit Roentgenbestrahlung)."

Anbei sei hierzu bemerkt: Diese einzig richtige Handlungsweise des Arztes und die angeschlossene Strahlenbehandlung liegen über 8 Jahre zurück. Die Antwort auf ein Erkundigungsschreiben vor einigen Monaten lautet: „Danke, es geht mir gut."

Bei der übrigen hohen Zahl von Erkrankten (34%!) wurde also vorher eine Behandlung versucht.

Bei ungefähr 23% dieser Fälle kann insofern etwas Verständnis aufgebracht werden, als bei meist richtiger Diagnose eine nicht gerade falsche, aber doch unzureichende Therapie getrieben wurde. In 5 Fällen = 6% wurde bestrahlt, allerdings nur einmal auch mit Radium.

15 mal versuchte man mit dem Messer der Erkrankung beizukommen, wie man sieht, mit dem negativen Erfolg, daß sämtliche Operierten mit Recidiven zur Bestrahlung kamen.

Lassen wir einen operationsfreudigen Arzt selbst schildern, welchen Weg in den meisten Fällen das Schicksal der wegen Vulvacarcinom Operierten nimmt. Arztbrief zu Kr. Bl. Nr. 4296 (55-jährige Schuhmachermeistersfrau):

Anbei erlaube ich mir, Ihnen die Patientin S. zu überweisen. Sie wurde vor 1½ Jahren von mir wegen eines Carcinoms des linken Labiums operiert. Der Tumor wurde damals radikal operiert und auch die regionalen Leistendrüsen entfernt. Die Untersuchung der Drüsen ergab ein Basalzellencarcinom (B o r s t). Nach einem Jahr trat ein Recidiv in der Vulva auf, das exkochleiert und ausgebrannt wurde. Heute kam die Patientin mit erheblichem Recidiv und Metastasen in beiden Leistendrüsen, die vor 4 Wochen, als ich die Patientin zum letzten Mal sah, noch nicht vorhanden waren. Ich würde, falls sie es ebenfalls für angezeigt halten, um eine Strahlenbehandlung der Patientin bitten."

Das früher vielseits so beliebte operative Vorgehen bei Vulvacarcinomen ist wohl nicht zu empfehlen. Sollten das ungünstige Ergebnis der operierten Fälle und die obige klassische Schilderung eines Arztes selbst manchem noch nicht vom Messer abraten, so seien noch die Worte A. D ö d e r l e i n s angeführt, die er bereits vor 8 Jahren in einem Schreiben an den einweisenden Arzt von

Fall 4033 richtet: „... Wir haben auch bei Vulvacarcinomen jetzt ganz günstige Resultate, jedenfalls viel bessere, als mit der Radikaloperation, sodaß ich hoffe, daß auch diese Patientin gut reagieren wird."

Nun komme ich in der Vorgeschichte unserer an Vulvacarcinom Erkrankten zu dem am wenigsten erfreulichen Abschnitt, zu jenen 8 Fällen (nicht weniger wie 10%), die fast nur auf das Konto der Ärzte zu rechnen sind. Aber gerade diese müssen uns am meisten interessieren, um für die Zukunft zu lernen.

Es mag vorkommen, daß besondere Umstände, wie finanzielle Rücksichten, das sehr hohe Alter der Patientin, die völlige Aussichtslosigkeit eines Falles u. a. m. den Arzt manchmal veranlassen oder gar zwingen, symptomatisch oder nicht so richtig zu behandeln, wie er es eigentlich für gut halten würde. Aber von solchen Entschuldigungsgründen ist hier nirgends die Rede und sie können schon deshalb kaum angeführt werden, da ja die Patientinnen schließlich doch der Bestrahlung zugeführt werden konnten.

In sämtlichen Fällen war die Diagnose, daher auch das therapeutische Vorgehen nicht richtig. Freilich ist kein Arzt unfehlbar und er kann nicht immer an alles denken; aber in all diesen Fällen dürfen wir, wenn es auch nicht eigens erwähnt ist, wohl eine gewisse Unkenntnis über das Vulvacarcinom voraussetzen.

Es wurde in einem Fall (Kr. Bl. Nr. 4920) überhaupt nicht untersucht; sonst wäre es doch kaum möglich, eine Patientin 4 Monate lang mit Diät zu behandeln. Dabei lautet die Anamnese: Vor einem Jahr entstand eine kleine Geschwulst an der Vulva, die seit 6 Monaten größer wurde. Die Diagnose der Klinik: Vulvacarcinom, ziemlich weit fortgeschritten, mit Drüsenmetastasen.

In 5 Fällen wurde nicht genügend oder falsch untersucht.

K. Bl. Nr. 584:

34-jährige (!) Frau, die sofort den Arzt aufsuchte, wurde mit „Gebärmuttersenkung und Unterleibsentzündung" aus der Sprechstunde entlassen und 5 Monate lang mit Spülungen behandelt. (Die Patientin suchte dann ohne Rücksprache mit dem Arzt die Klinik auf, wo das Vulvacarcinom sofort entdeckt wurde.)

Kr. Bl. Nr. 778:

52-jährige Patientin klagt seit 4 Monaten über Schmerzen in der linken Seite, geringe Blutung beim Wasserlassen, wenig Urin. Sie ging damals sofort zum Arzt, der sie oberflächlich untersuchte; vor 14 Tagen ging sie zu einem anderen Arzt, der sie nach gründlicher Untersuchung sofort hierher schickte. Diagnose: Urethralcarcinom.

Kr. Bl. Nr. 2432:

66-jährige Patientin bemerkte vor ungefähr einem Jahr ein kleines Geschwürchen von Zehnpfennigstückgröße, das erhebliches Brennen verursachte. Sie suchte das Krankenhaus in D. auf, wo sie mit Salben behandelt wurde. Der weitere Verlauf: nach 6 Monaten wurde das Geschwür wegoperiert, die Wunde heilte, begann aber plötzlich zu schmerzen, näßte und brach auf. Zugleich fühlte die Patientin in der Leistengegend ein derbes Paket von Drüsen unter der Haut. (In diesem Zustand Einweisung in die Klinik.)

Kr. Bl. Nr. 4925:

50-jährige Frau. Vor 4 Jahren wegen einer eitrigen Drüse an der rechten Schamlippe in F. operiert. Nach dieser Operation war der Zustand gut. Vor 3 Monaten entstand an der rechten Schamlippe eine kleine Wunde. Es wurde Heilerde aufgelegt, darauf Wucherung, die schmerzte und Eiter entleerte. Probeexzision: Plattenepithelcarcinom.

Kr. Bl. Nr. 5114:

Vor einem Jahr bemerkte die 63-jährige Patientin eine offene juckende Stelle an der Vulva. Pat. ging zum Arzt, der mit Salben behandelte. Keine Besserung. Seitdem manchmal leichte Blutungen. Sie lag jetzt 4 Wochen im Krankenhaus in P., wo sie mit Argentum nitric. geätzt wurde; Verschlimmerung.

Diese Fälle seien wörtlich angeführt, um ein lebendigeres Bild zu bekommen, wie leider auch durch ärztliches Verschulden manch hilfesuchende Patientin enttäuscht und viel kostbare Zeit versäumt wurde.

Endlich noch zwei interessante Fälle mit ebenso falschen wie folgenschweren Diagnosen: Verwechslung mit Lues.

Kr. Bl. Nr. 2150:

42-jährige Schlossersfrau bemerkt seit ¾ Jahren ein sich langsam vergrößerndes, jetzt sehr schmerzhaftes Geschwür am Scheideeingang. Die Behandlung durch eine Kollegin erfolgte erst mit Salben, Puder und Sitzbädern, schließlich wegen Luesverdacht mit Neosalvarsan.

Duplizität der Ereignisse: Kurz darauf kommt zur Einweisung

Kr. Bl. Nr. 2154:

Die 33-jährige Patientin klagte vor 1¼ Jahren über Schmerzen beim Wasserlassen. Einige Monate darauf bemerkte sie eine wunde Stelle an der rechten Schamlippe. Nach 3 Monaten erste Konsultation des Arztes; seine Diagnose: Lues, Behandlung mit Hg. Nach weiteren 3 Monaten Konsultation eines zweiten Arztes. Dieser überweist Pat. an einen dritten Arzt. Seine Diagnose lautet wieder: Lues. Nach zwei Neosalvarsankuren wird sein Rat zur Aufnahme ins Krankenhaus von der Patientin abgelehnt. Endlich sucht die Patientin auf Anraten des vierten Arztes die hiesige Klinik auf, wo leider sehr spät endlich die richtige Diagnose gestellt und Behandlung eingeleitet werden konnte.

III.

Zusammenfassung.

Wir wollen noch einmal kurz die Untersuchungsergebnisse aus den Vorgeschichten der Vulvacarcinome zusammenfassen und daraus die nötigen Folgerungen ziehen.

Nachdem uns nicht einmal die Ätiologie des Vulvacarcinoms wie des Carcinoms überhaupt näher bekannt ist, stehen wir dem Werden des Carcinoms völlig machtlos gegenüber. Es sei wiederum betont: Wie bei allen Carcinomen, so ist auch hier das Wichtigste die Frühdiagnose und Hand in Hand die Einleitung der einzig richtigen Therapie, der Strahlenbehandlung.

Viele Fehler wurden in dieser Beziehung begangen von den Patientinnen selbst, wie von den Ärzten.

Es muß von ersteren mehr auf dieses anfangs so harmlose Knötchen geachtet werden und sie müssen sich viel früher in ärztliche Behandlung begeben. Daß es bis jetzt nicht so war, daran liegt — wie mir scheint — viel die Schuld am Nichtwissen, daß so ein Geschwür Krebs sein kann. Nach einer vorsichtigen allgemeinen Aufklärung durch die Ärzte werden sich die Frauen bestimmt rascher zu einer ärztlichen Konsultation entschließen.

Noch dringlicher aber sprechen die Ergebnisse zu uns Ärzten selbst. Die Tatsache, daß 10% der Fälle sicher von den Ärzten nicht oder falsch erkannt wurden, daß in weiteren 14% trotz meist richtiger Diagnose ein zeitraubender und ebenso ungenügender wie undankbarer Versuch einer Therapie vorausging, muß sich in Zukunft sehr ändern. Der Arzt muß selbstverständlich über das Wesen des Vulvacarcinoms und sein nicht seltenes Vorkommen im Bilde sein. Die Diagnose ist, wie gesagt, schon aus der Schilderung der Patientinnen nicht schwierig, aber man muß bei den angegebenen Beschwerden und Symptomen eben daran denken, daß auch ein Carcinom dahinter liegen kann. Einer genauen Untersuchung wird das oberflächliche Knötchen oder Geschwür kaum entgehen. Dann soll aber unter allen Umständen eine Probeexcision mit folgender Verschorfung angeschlossen werden. Dies wird bestimmt in den meisten Fällen Klärung bringen. Nur ein solches Vorgehen deckt das ärztliche Gewissen genügend. Der Arzt muß sich aber auch der Grenzen seiner Kunst bewußt werden, auf die so undankbare Selbstbehandlung zu verzichten wissen und möglichst bald auf eine Behandlung dringen, die weitaus die besten Erfolge aufzuweisen hat: auf die Roentgen- und besonders Radiumbestrahlung.

Literatur.

Veit-Stöckel, Handbuch der Gynaekologie. 3. Auflage.

Fr. Voltz, Die Strahlenbehandlung des weiblichen Genitalcarcinoms, Methoden und Ergebnisse. Berlin-Wien 1930.

Kövesligethy, I. Die Rolle des Radiums in der Therapie des Vulvakrebses. Ref. in Ber. über d. ges. Gynaekologie und Geburtshilfe. Bd. 32, S. 104 (1937).

Göbel, A. und A. Haman, Zur Klinik und Therapie der Carcinome am äußeren Genitale.
Zentralbl. der Gynaekologie, Nr. 24, S. 1394 (1937).

Lebenslauf.

Ich wurde am 24. Oktober 1909 als Sohn des Landwirtes Johann Kleindienst und seiner Frau Kreszenz, geb. Wahl, in Reisensburg bei Günzburg a. d. D. geboren. Nach 6-jährigem Besuch der dortigen Volksschule trat ich in das humanistische Gymnasium in Günzburg a. d. D. über, wo ich im April 1930 die Reifeprüfung bestand. Das medizinische Studium begann ich im Mai 1930 in München. Mit Ausnahme des 9. Semesters, Sommer 1934 in Würzburg, legte ich sämtliche vorklinische Semester mit ärztlicher Vorprüfung und klinischen Semestern an der Universität in München ab und beschloß auch hier mein Studium mit dem ärztlichen Staatsexamen im Juni 1936.

Mein praktisches Jahr begann ich am 1. August 1936 am Allgemeinen Städtischen Krankenhaus in Ansbach (Mfr.) und war dort bis 30. April 1937. Von 1. Mai bis 1. August 1937 praktizierte ich auf der inneren Abteilung des Krankenhauses l. d. I. (Professor Schittenhelm) in München. Die ärztliche Bestallung erhielt ich ab 1. August 1937.

Herrn Professor Dr. Fr. Voltz möchte ich an dieser Stelle für die Überlassung des Themas und für seine wertvolle Unterstützung bei der Ausführung der Arbeit meinen ergebensten Dank aussprechen.

Außerdem gebührt mein besonderer Dank Herrn Professor Dr. H. Eymer für die liebenswürdige Übernahme des Referates.